

**SOUHLAS RODIČŮ S PODÁNÍM LÉKŮ V PŘÍPADĚ:**

* Bolest břicha – Hylak, Smekta, Černé uhlí, Mortiliu
* Zvýšené teploty – Ibuprofen, Paralen, Panadol
* Anafylaktické reakce (potr. Alergie projevující se otokem jazyka, rtů, dušností, svěděním kůže, nevolností, …) – Dithiaden, Prednison, Rectodelt
* Bolest v krku – Anginol
* Kašel – Stoptusin, Mucoplant, Robitussin

Tímto zplnomocňuji v případě bolestí břicha, zvýšené teploty, bolesti v krku a anafylaktické reakce vedoucí soustředění HC Slovan Louny, aby podali mému

Dítěti ……………………………………………………………, datum narození…………………………

r.č.: ………………………………, bydliště: ……………………………………………………………………

potřebné léky a poskytli vhodnou předlékařskou první pomoc.

Jsem si vědom(a), že vedoucí soustředění HC Slovan Louny nenesou žádnou zodpovědnost za případná rizika při správném podání léčiv.

V …………………………………., dne…………………………………….

Podpis zákonného zástupce dítěte: ……………………………………………